

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN
PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO 2018.

Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA

TESISTA
FALCÓN POZO, Gina Mishell

ASESOR
C.D. BENITES VALENCIA, Julio

Huánuco – Perú
2018

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 04:00 P.M. del día 27 del mes de Diciembre del año dos mil dieciocho se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:


Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino	Presidente
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco	Secretario
C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 2261-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: "BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO 2018", presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. Falcón Pozo, Gina Mishell; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de Muy Bueno

Siendo las 05:05 P.M. del día 27 del mes de Diciembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino
PRESIDENTE


.....
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco
SECRETARIO


.....
C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: Srta. Falcón Pozo, Gina Mishell; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final "BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO 2018", para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 27 de Diciembre del 2018 a horas 04:00 P.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 28 de Diciembre del 2018.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios, a mis padres y a mi esposo e hijo por el deseo de superación y amor que me brindan cada día en que han sabido guiar mi vida por el sendero de la verdad a fin de poder honrar a mi familia con los conocimientos adquiridos, brindándome el futuro de su esfuerzo y sacrificio por ofrecerme un mañana mejor.

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento en primer lugar a la institución que me abrió las puertas y a todos los docentes por sus enseñanzas.

A mi familia por el apoyo brindado e iluminar mi camino y darme la pauta para poder culminar mis estudios.

Y a todas las personas que colaboraron de una u otra forma para la realización de este trabajo.

RESUMEN

OBJETIVO Determinar la asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS** Estudio descriptivo no experimental, de corte transversal; la muestra estuvo constituida de 102 pacientes de 20 a 50 años que acudieron al Hospital Regional Hermilio Valdizan de la, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para la determinación del bruxismo y los factores biológicos se utilizó la ficha de observación y para determinar los factores sociales se utilizó la técnica encuesta y el instrumento cuestionario. El procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS v. 24. Se aplicó la prueba estadística no paramétrica chi-cuadrado y índice Odds Ratio **RESULTADOS** Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con estrés ansiedad y hábito tóxico de tabaquismo en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$. Según el índice Odds ratio (3,80, 380 y 3,43 respectivamente, en los factores biológicos se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con maloclusiones, interferencias oclusales y funcionabilidad de la guía canina Según el índice Odds ratio (3,62, 3,80 y 0,39 respectivamente. **CONCLUSIONES** La prevalencia de bruxismo en los pacientes de 20 a 50 años fue de 58,8, el grado I de bruxismo predominó. Existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Palabras clave: factores biosociales, bruxismo, ansiedad, estrés, tabaquismo, maloclusiones, interferencias oclusales, funcionabilidad de la guía canina.

Summary

OBJECTIVE To determine the association between bruxism and biosocial factors in patients aged 20 to 50 years treated at the Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018. **MATERIALS AND METHODS** Non-experimental descriptive, cross-sectional study; the sample consisted of 102 patients from 20 to 50 years who attended the Hermilio Valdizan Regional Hospital, who met the inclusion and exclusion criteria. For the determination of bruxism and biological factors, the observation form was used to determine the social factors used the survey technique and the questionnaire instrument. The processing of the data was done in the statistical program SPSS v. 24. The non-parametric chi-square statistical test and the Odds Ratio were applied. **RESULTS** When applying the non-parametric chi-square test, significant differences were found between the presence of bruxism with stress anxiety and the toxic habit of smoking in patients aged 20 to 50. years being the value of $p < 0.05$. According to the Odds ratio index (3.80, 3.80 and 3.43 respectively, in the biologic factors significant differences were found between the presence of bruxism with malocclusions, occlusal interferences and functionality of the canine guide According to the Odds ratio index (3.62 , 3.80 and 0.39 respectively **CONCLUSIONS** The prevalence of bruxism in patients aged 20 to 50 years was 58.8, degree I of bruxism predominated, there is an association between bruxism and biosocial factors in patients aged 20 to 50 years attended in the Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Key words: biosocial factors, bruxism, anxiety, stress, smoking, malocclusions, occlusal interferences, functionality of the canine guide.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMARY.....	V
INTRODUCCION.....	XI

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivo General.....	14
1.4. Objetivos Específicos.....	14
1.5. Justificación de la Investigación.....	15
1.6. Limitaciones de la Investigación.....	15
1.7. Viabilidad de la Investigación	15

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	16
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Definiciones conceptuales.....	34
2.4. Hipótesis.....	35
2.5. Sistema de variables.....	35
2.5.1. Variable Dependiente.....	35
2.5.2. Variable Independiente.....	35
2.6. Operacionalización de variables.....	36

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1.	Tipo de investigación.....	37
3.2.	Población y muestra.....	38
3.3.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.1.1.	Para la Recolección de datos.....	39
3.1.2.	Para la Presentación de datos.....	39
3.1.3.	Para el Análisis e Interpretación de Datos.....	40

CAPITULO IV: RESULTADOS.....41

4.1.	Procesamiento de Datos.....	41
-------------	-----------------------------	----

CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS59

Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	62
Referencias Bibliográficas.....	63
Anexos.....	68

ÍNDICE TABLAS

	Pá
	.
Tabla 1: Distribución de los pacientes según sexo	55
Tabla 2: Distribución de los pacientes según grupo etáreo	56
Tabla 3: Prevalencia de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años	57
Tabla 4: Grado de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años	58
Tabla 5: Factor biológico: Maloclusiones en pacientes de 20 a 50 años	59
Tabla 6: Factor biológico: Interferencias oclusales en pacientes de 20 a 50 años	60
Tabla 7: Factor biológico: Funcionabilidad de la guía anterior en pacientes de 20 a 50 años	61
Tabla 8: Factor social: Estrés en los pacientes de 20 a 50 años	62
Tabla 9: Factor social: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años	63
Tabla 10: Hábito tóxico de tabaquismo: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años	
Tabla 11: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según estrés en los pacientes de 20 a 50 años	
Tabla 12: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años	
Tabla 13: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según hábito tóxico de tabaquismo en los pacientes de 20 a 50 años	
Tabla 14: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según maloclusiones en los pacientes de 20 a 50 años	

Tabla 15: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según interferencias oclusales en los pacientes de 20 a 50 años

Tabla 16: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según funcionabilidad de la guía anterior en los pacientes de 20 a 50 años

Tabla 16: Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según sexo en los pacientes de 20 a 50 años

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribución de los pacientes según sexo	55
Gráfico 2: Distribución de los pacientes según grupo etáreo	56
Gráfico 3: Prevalencia de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años	57
Gráfico 4: Grado de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años	58
Gráfico 5: Factor biológico: Maloclusiones en pacientes de 20 a 50 años.	59
Gráfico 6: Factor biológico: Interferencias oclusales en pacientes de 20 a 50 años	60
Gráfico 7: Factor biológico: Funcionabilidad de la guía anterior en pacientes de 20 a 50 años	61
Gráfico 8: Factor social: Estrés en los pacientes de 20 a 50 años	62
Gráfico 9: Factor social: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50	63
Gráfico 10: Hábito tóxico de tabaquismo: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años	

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

OR: Odds Ratio

IC: Intervalos de confianza.

GABA: Ácido gamma amino butírico

ARMM: Actividad Rítmica de los Músculos Masticatorios

INTRODUCCIÓN

El bruxismo se define como la actividad muscular para funcional diurna o nocturna de la mandíbula que se caracteriza por apretar, arristrar, rechinar y rechinar los dientes (1). Las para funciones juegan un papel importante en la salud oral y general (2,3).

El dolor muscular, los dolores de cabeza, el desgaste de los dientes, los trastornos de la articulación temporomandibular e incluso la pérdida de dientes son algunas de las consecuencias del bruxismo del sueño y el bruxismo despierto (2, 4,5).

Recientemente se demostró que el bruxismo auto informado está asociado de manera coherente con el estrés, los trastornos relacionados con el estrés y un posible indicador de la reactividad intrapersonal o interpersonal (5,6) o la insatisfacción en una población sana. Además, se descubrió que el sueño interrumpido está asociado con el bruxismo y el dolor orofacial (7), lo que sugiere un círculo vicioso entre estos factores (8).

Se plantean diversas teorías que tratan de explicar la génesis de esta para función, Nader considera que el bruxismo está relacionado con factores locales, sistémicos, psíquicos y ocupacionales. Carranza (1959) y Mark (1980), establecieron que los factores genéticos y alérgicos deben ser tomados en consideración para el análisis etiológico del bruxismo. También se encuentran asociada con deficiencias nutricionales por carencias de magnesio, niños con daño cerebral, en gemelos, personas con consumo de alcohol o drogas, enfermedades sistémicas, traumas, herencia e inclusive con dependencia a la nicotina. (9, 10,11).

El objetivo de este estudio transversal será relacionar los factores psicosociales con el bruxismo

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

El bruxismo, también conocido como molienda de dientes, es un tipo distinto de hábito oral que posee actividad rítmica de los músculos orofaciales que causa un contacto vigoroso entre las superficies de los dientes (12). Aunque no existe un acuerdo unánime sobre la definición de bruxismo, algunos eruditos lo definieron como una "actividad repetitiva de la mandíbula que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes y / o arristrar o empujar la mandíbula" (13). Los bruxers generalmente se dividen en bruxers del día (bruxers despiertos) y bruxers nocturnos (bruxers del sueño). El bruxismo despierto es una actividad para funcional diurna de los músculos de la masticación (14) y se informa que, por lo general, el apretar los dientes y rechinar es lo suficientemente alto como para que los compañeros lo noten (12).

En un estudio realizado entre la muestra de estudio de una nación desarrollada, se informó que el bruxismo estaba asociado con el estrés psicológico, el tabaquismo, los factores genéticos, las condiciones emocionales y la inestabilidad mental (15). Algunos investigadores también han demostrado su asociación con otras parasomnias como las alucinaciones y otros comportamientos dañinos violentos (16). Los factores de riesgo modificables que se relacionan estrechamente con el bruxismo son el café, el tabaco y el alcohol (15). Todos estos tienen un gran impacto en el sistema nervioso central de un individuo.

Los estudios han reportado un alto uso de algunos de estos factores de riesgo modificables como el tabaco y el café por personas de todos los grupos de edad en la región de Jazan en Arabia Saudita (17).

Además de estos factores de riesgo, la población local en esta región de Arabia Saudita también se ve envuelta en el hábito de masticar khat regularmente (18).

Diversos estudios coinciden que de 30 a 40 años es el intervalo de edades más propenso para que muchas personas desarrollen para funciones como consecuencia de la carga emocional intensa por el protagonismo de la familia o la madurez intelectual y profesional adquirida , lo cual justifica la mayor prevalencia en las personas mayores de 45 años.

1.2. Formulación del problema.

- **Problema general.**

¿Existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

- **Problemas específicos**

Pe 1.

¿Cuáles son los factores sociales asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

Pe 2.

¿Cuál son los factores biológicos asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

Pe 3.

¿Cuál es el grado de asociación entre el bruxismo y los factores sociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

Pe 4.

¿Cuál es el grado de asociación entre el bruxismo y los factores biológicos en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

Pe 5.

¿Cuál es la severidad de los factores biológicos y sociales que ocasionan el bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?

1.3. Objetivo General.

Determinar la asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

1.4. Objetivos Específicos

Oe 1.

Identificar los factores sociales asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Oe 2.

Identificar los factores biológicos asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Oe 3.

Determinar el grado de asociación entre el bruxismo y los factores sociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Oe 4.

Determinar el grado de asociación entre el bruxismo y los factores biológicos en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Oe 5.

Identificar la severidad de los factores biológicos y sociales que ocasionan el bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

1.5. Justificación de la investigación.

- **Teórico**

Con este trabajo se pretende obtener información en sobre la ¿Existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018? con el propósito elevar la calidad de información referente a este tema.

1.6. Limitaciones de la Investigación

El presente proyecto presenta limitación falta de antecedentes a nivel nacional y regional, en el proceso de la investigación, se buscará evitarlos.

1.7. Viabilidad de la Investigación

Técnico

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativo

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económico

Esta investigación es factible por la investigadora ya que se cuenta con todos los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por la investigadora.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Shokry S , El Wakeel E, Al-Maflehi N, RasRas Z, Fataftah N, Abdul Kareem E , et al . Asociación entre el bruxismo auto informado y los patrones de sueño entre los estudiantes de odontología en Arabia Saudita: un estudio transversal. Arabia Saudita (2016). OBJETIVOS: El objetivo de este estudio transversal fue identificar los patrones de sueño entre los estudiantes de odontología y su asociación con el bruxismo autoinformado en Riyadh Colleges of Dentistry and Pharmacy (RCsDP). MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal que incluyó a 549 estudiantes (67 hombres y 482 mujeres). Se adoptó un cuestionario estructurado del PSQI (The Pittsburgh Sleep Questionnaire Index) utilizado para la recopilación de datos. Incluía preguntas que se clasifican en hábitos de sueño, síntomas relacionados con el sueño y preguntas adicionales sobre el bruxismo. Este cuestionario se distribuyó aleatoriamente entre todos los estudiantes preclínicos y postclínicos de la universidad. El diagnóstico de bruxismo del sueño se basó en datos auto informado. Los datos se analizaron usando pruebas de Chi-cuadrado a través del software SPSS para Windows. RESULTADOS: Los análisis estadísticos revelaron correlaciones significativas entre el bruxismo autoinformado y los hábitos de sueño, incluyendo el inicio del sueño ($\chi^2(2) = 22.6, p = 0.000$), el sueño continuo hasta la mañana ($\chi^2(2) = 19.2, p = 0.001$), duración del sueño nocturno ($\chi^2(2) = 20.2, p = 0.000$), y la duración de las siestas diurnas ($\chi^2(2) = 28.35, p = 0.000$). Hubo una asociación entre el bruxismo autoinformado y los síntomas relacionados con el sueño, incluido el despertar temprano en la mañana antes del horario habitual sin causa ($\chi^2(2) = 16.52, p = 0.000$) y pesadillas aumentadas ($\chi^2(2) = 13.7, p = 0.001$). CONCLUSIONES: El mal patrón de sueño fue un factor importante entre los estudiantes de odontología, quienes informaron sobre el bruxismo del sueño (19).

Cavallo P, Carpinelli L, Saborease G. Estrés percibido y bruxismo en estudiantes universitarios. Italia (2016). OBJETIVOS: correlación entre el bruxismo y el estrés que afecta la calidad de vida de los estudiantes universitarios. El presente estudio destaca esta correlación, por primera vez, en un grupo de estudiantes universitarios en Italia. MÉTODOS: Hemos investigado la prevalencia de bruxismo despierto y dormido y su correlación con el estrés percibido en un grupo de 278 estudiantes italianos de pregrado (117 M). Se elaboró un cuestionario de autoinforme utilizando una prueba sociodemográfica, la Escala de estrés percibida (PSS) y el ítem n. 8 del cuestionario de Fonseca sobre la presencia de bruxismo. RESULTADOS: El puntaje de estrés percibido usando la escala PSS-10 fue 32.2 (SD 4.6, 95% CL 31.6-32.7) para todos los sujetos, con diferencia de género significativa: M = 31.2 y F = 32.9 (P = 0.0019). La prevalencia de bruxismo despierto fue 37.9% (F = 40.8%; M = 34.2%), mientras que para el sueño el bruxismo fue 31.8% (F = 33.3%; M = 29.1%), ambos sin diferencia de género significativa. Una correlación positiva, con concordancia y dependencia significativas, entre el puntaje de estrés y el bruxismo despierto estuvo presente sólo para los estudiantes varones. CONCLUSIONES: Los estudiantes universitarios mostraron niveles más altos de bruxismo y estrés en comparación con la población general, con mayor estrés para las mujeres, pero, incluso si las estudiantes muestran un mayor estrés, existe una correlación entre el estrés y el bruxismo solo para el género masculino. Se deben realizar más estudios (20).

Alcolea J, Herrero P, Ramón M, Trinidad E, Pérez M, Garcés D, et al. Asociación del bruxismo con factores biosociales. Cuba (2014). OBJETIVOS: determinar la asociación del bruxismo con factores biosociales. METODOS: se realizó una investigación analítica de casos-controles, de enero a junio de 2012, en la Clínica Estomatológica de Bayamo, Provincia Granma. El universo fue de 435 pacientes de 35-54 años ingresados durante el período, la muestra de 80 pacientes, 40 para cada grupo. Las variables estudiadas fueron: bruxismo, nivel de escolaridad, vínculo laboral, interferencias oclusales, necesidad de rehabilitación

protésica por desdentamiento y trastornos en la articulación temporomandibular, que clasificaron como cualitativa nominal dicotómica. A partir de sus frecuencias absolutas se determinó la asociación entre estas por la prueba χ^2 cuando $p < 0,05$ y el Odds Ratio (OR), con intervalos de confianza del 95 % (IC). RESULTADOS: mostraron la relación causal entre el bruxismo y el alto nivel de escolaridad (OR=6,40; IC=2,35-17,15), el vínculo laboral (OR=10,50; IC=3,39–32,52), las interferencias oclusales (OR=7,86; IC=2,79–22,16), la necesidad de rehabilitación protésica (OR=16,24; IC=5,39–48,91) y los trastornos de la articulación temporomandibular (OR=4,27; IC=1,53– 11,88). CONCLUSIONES: El vínculo laboral como elemento generador de estrés, la necesidad de rehabilitación protésica y los trastornos sobre la articulación temporomandibular por su influencia en la relación de oclusión fueron los factores causales que más influyeron (21).

Abe Y , Suganuma T, Ishii M, Yamamoto G, Gunji T, Clark GT, et al. Asociación de factores genéticos, psicológicos y de comportamiento con el bruxismo del sueño en una población japonesa. Japón (2012).

El OBJETIVO del presente estudio de asociación caso-control fue investigar la asociación de factores genéticos, psicológicos y de comportamiento con el bruxismo del sueño en una población japonesa. METODOLOGÍA: Los participantes no relacionados fueron reclutados y divididos en un grupo de bruxismo del sueño ($n = 66$) o grupo de control ($n = 48$) mediante diagnósticos clínicos y registros electromiográficos maseteros de 3 noches por medio de un dispositivo portátil en miniatura. La Escala de Somnolencia de Epworth, temperamento y carácter de inventario, NEO-Five Factor Inventory y cuestionarios a medida que preguntaban sobre la agregación familiar, consumo de alcohol, el consumo de cafeína, fumar cigarrillos, los eventos estresantes de la vida del pasado, día hábito de dientes en contacto, trastorno temporomandibular, dolor de cabeza diario, ronquidos, síntomas de apnea / hipopnea, síntomas de inquietud en las piernas y síntomas nocturnos de mioclonía. Además, se genotipificaron 13 polimorfismos en cuatro genes relacionados con la neurotransmisión serotoninérgica

(SLC6A4, HTR1A, HTR2A y HTR2C). Estos factores se compararon entre el caso (bruxismo del sueño) y los grupos de control con el fin de seleccionar posibles predictores del estado de sueño-bruxismo. El procedimiento estadístico seleccionó cinco predictores: escala de somnolencia de Epworth, síntomas de inquietud en las piernas, genotipos rs6313, genotipos rs2770304 y genotipos rs4941573. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística por pasos multivariante entre los predictores seleccionados y el estado de bruxismo del sueño. **CONCLUSIONES:** Este análisis reveló que solo el portador alelo C del polimorfismo de nucleótido único HTR2A (22).

Renner A, da Silva A, Rodríguez J, Simões V, Barbieri M, Bettiol H, et al. ¿Los problemas de salud mental y la depresión están asociados con el bruxismo en los niños?. Brasil (2012). **OBJETIVOS:** Estudios previos han encontrado una asociación entre el bruxismo y los problemas emocionales y de comportamiento en los niños, pero los datos informados son inconsistentes. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia del bruxismo y de sus componentes, apretar y rechinar, y sus asociaciones con problemas mentales y depresión. **MÉTODOS:** Se analizaron datos de dos cohortes brasileñas de nacimientos: uno de 869 niños en Ribeirão Preto - RP (São Paulo), una ciudad más desarrollada, y el otro de 805 niños en São Luís - SL (Maranhão). El bruxismo actual, evaluado mediante un cuestionario aplicado a los padres / personas responsables de los niños, se definió cuando el hábito de apretar los dientes durante el día y / o el rechinar de dientes en la noche persistía hasta el momento de la evaluación. Además, también se evaluó la prevalencia de por vida de apretar solo durante el día y moler por la noche. Los problemas de salud mental se investigaron usando el Cuestionario de Fuerza y Dificultades (SDQ) y la depresión utilizando el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Los análisis se llevaron a cabo para cada ciudad: con las sub escalas del SDQ (síntomas emocionales, problemas de conducta, problemas con los compañeros, trastorno de atención / hiperactividad), con la puntuación total (suma de las subescalas) y con la CDI. Estos análisis se realizaron teniendo en cuenta diferentes variables de respuesta: bruxismo, apretamiento solo y molienda

solamente. Los riesgos se estimaron utilizando un modelo de regresión de Poisson. Las inferencias estadísticas se basaron en intervalos de confianza del 95% (IC 95%). RESULTADOS: Hubo una alta prevalencia de bruxismo actual: 28.7% en RP y 30.0% en SL. La prevalencia de apriete fue del 20,3% en RP y del 18,8% en SL, y se encontró trituración en el 35,7% de los niños en RP y en el 39,1% en SL. El análisis multivariable mostró una asociación significativa de bruxismo con síntomas emocionales y puntuación SDQ total en ambas ciudades. Cuando se analizaron por separado, el apretamiento de los dientes se asoció con síntomas emocionales, problemas con los compañeros y puntuación total del SDQ; la molienda se asoció significativamente con síntomas emocionales y puntaje SDQ total en RP y SL. El sexo femenino apareció como un factor de protección para el bruxismo y para apretar y rechinar en RP. Además, el empleo materno fuera del hogar y el color de la piel blanca de los niños se asociaron con una mayor prevalencia de apretamiento de los dientes en SL. CONCLUSIONES: Los problemas de salud mental se asociaron con el bruxismo, con dientes apretando solo y rechinando por la noche solamente. No se detectó asociación entre la depresión y el bruxismo, ni apretamiento ni rechinar. Pero es necesario ser cauteloso con respecto a las deducciones de algunos de nuestros resultados (23).

Lurie O, Zadik Y, Einy S, Tarrasch R, Raviv G, Goldstein L, et al. Bruxismo en pilotos militares y no pilotos: desgaste de los dientes y estrés psicológico. (2007). OBJETIVO: Evaluar el potencial del estrés relacionado con el trabajo y los factores de personalidad para inducir el bruxismo entre los pilotos militares y los oficiales no pilotos. MÉTODOS: Los sujetos fueron 57 oficiales sanos de la Fuerza Aérea Israelí (edad promedio de 25.8 +/- 4.3 años). De estos, 17 eran pilotos a reacción, 18 pilotos de helicópteros y 22 oficiales no pilotos. El uso de los dientes se clasificó según una escala de seis puntos. Además, los sujetos respondieron a una batería de cuestionarios psicológicos para la autoevaluación del estrés en el lugar de trabajo y su comportamiento de afrontamiento. RESULTADOS: El bruxismo de importancia clínica (es decir, con la exposición a la dentina) se encontró en el 69% de los miembros de la tripulación pero solo en el 27%

del grupo no piloto. No se encontraron diferencias entre los grupos con respecto a los niveles de estrés. DISCUSIÓN: Las tripulaciones militares pueden ser relativamente vulnerables al bruxismo perjudicial, así como a otros signos de estrés crónico. Entre los bruxers, los pilotos tendieron a mostrar estrategias de afrontamiento significativamente más emocionales y menos orientadas a las tareas que los no pilotos, mientras que los no bruxers no mostraron diferencias significativas en el comportamiento de afrontamiento. Este estudio sugiere que la integración de la intervención preventiva dental y psicológica puede ser útil (24). CONCLUSIONES: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el bruxismo y el grado de desgaste dental. Según la asociación entre el nivel de estrés laboral y bruxismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa (25).

Ohayon M, Li K , Guilleminault C. Factores de riesgo para el bruxismo del sueño en la población general. Estados Unidos. (2001). OBJETIVO: El bruxismo del sueño puede tener un efecto significativo en la calidad de vida del paciente. También puede estar asociado con una serie de trastornos. Sin embargo, se sabe poco sobre la epidemiología del bruxismo del sueño y sus factores de riesgo en la población general. METODOLOGÍA Diseño: Encuesta telefónica transversal usando el sistema basado en el conocimiento Sleep-EVAL. Configuración. Muestras representativas de tres poblaciones generales (Reino Unido, Alemania e Italia) que constan de 158 millones de habitantes. Participantes: Trece mil cincuenta y siete sujetos con edades \geq 15 años (Reino Unido, 4,972 sujetos, Alemania, 4,115 sujetos e Italia, 3,970 sujetos). Mediciones: Cuestionario clínico sobre el bruxismo (utilizando el conjunto mínimo de criterios de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño [ICSD]) con una investigación de las patologías asociadas (es decir, trastornos del sueño, de la respiración y patologías psiquiátricas y neurológicas). RESULTADOS: El 8,2% de los sujetos informó de rechinar los dientes durante el sueño, al menos semanalmente, y se encontraron consecuencias significativas de los dientes durante el sueño (es decir, incomodidad muscular al despertar, alteración del diente o necesidad

de trabajo dental) en la mitad de estos. Asignaturas. Además, el 4,4% de la población cumplió los criterios de diagnóstico de bruxismo del sueño ICSD. Finalmente, sujetos con síndrome de apnea obstructiva del sueño (odds ratio [OR], 1.8), roncadore intensos (OR, 1.4), sujetos con somnolencia diurna moderada (OR, 1.3), bebedores de alcohol intenso (OR, 1.8), bebedores de cafeína (O, 1.4), los fumadores (OR, 1.3), los sujetos con una vida altamente estresante (OR, 1.3) y aquellos con ansiedad (OR, 1.3) tienen un mayor riesgo de informar bruxismo del sueño. CONCLUSIONES: El bruxismo del sueño es común en la población general y representa la tercera parasomnia más frecuente. Tiene numerosas consecuencias, que no están limitadas a problemas dentales o musculares. Entre los factores de riesgo asociados, los pacientes con ansiedad y trastornos respiratorios del sueño tienen un mayor número de factores de riesgo para el bruxismo del sueño, y esto debe generar inquietudes sobre el futuro de estos individuos. Es necesario un esfuerzo educativo para sensibilizar a los dentistas y a los médicos sobre esta patología (15).

Antecedentes Nacionales.

No se encontró ningún estudio semejante

Antecedentes Regionales.

No se encontró ningún estudio semejante.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Bruxismo

2.2.1.1. Definición

El término bruxismo proviene de la expresión griega brychein odontas que significa rechinar de dientes; en francés, el término la bruxomanie fue introducido por primera vez por Marie Pietkiewicz en 1907. Más tarde, se adaptó el término a bruxismo para describir la acción de cruji

y rechinar los dientes sin un propósito funcional. La primera publicación en la literatura odontológica refiriéndose a la bruxomanía como un estado puramente psíquico, fue atribuida a Frohman (25). A día de hoy, no existe un consenso respecto a la definición, ni un sistema de clasificación diagnóstica; hay diversas definiciones de bruxismo, siendo las más frecuentemente utilizadas:

- La del Glosario de Términos Prostodónticos, 8.^a edición: define bruxismo como un «rechinar para funcional de los dientes» y como un «hábito oral que consiste en el apretamiento, rechinar, frotamiento no funcional, rítmico, espasmódico e involuntario de los dientes, en otros movimientos que no son los de la masticación y que podría conllevar a un trauma oclusal»(26).
- En la Guías de la Academia Americana de Dolor Orofacial (AAOP): se define bruxismo como una «actividad para funcional que incluye el apretamiento, frotamiento y rechinar de los dientes. Se desarrolla en ausencia de conciencia subjetiva, cuando el paciente está dormido o despierto y puede ser diagnosticado por la presencia de facetas de desgaste, que no han sido generadas durante la función masticatoria» (27).
- La Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) en su Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, 2.ª edición: define bruxismo como una «actividad oral caracterizada por el rechinar o apretamiento de los dientes durante el sueño, usualmente asociado con los despertares» (28).

Ante la falta de consenso en cuanto a la definición, y las limitaciones que presentan las ya propuestas, un grupo internacional de reconocidos expertos en bruxismo ofrecen la siguiente:

- «Actividad mandibular-muscular repetitiva caracterizada por el apretamiento y rechinar de los dientes y/o fijación o empuje de la mandíbula. Tiene dos manifestaciones circadianas diferentes: puede ocurrir durante el sueño (bruxismo de sueño) o estando despierto (bruxismo de vigilia)» (29).

2.2.1.2. Epidemiología

2. El bruxismo es una condición bastante común; sin embargo, es muy difícil establecer verdaderos valores de prevalencia en la población general, debido a diversas causas como la metodología utilizada para el diagnóstico, las características de la población estudiada, la no clasificación de los tipos de bruxismo, (25) y comorbilidades comunes (condiciones geriátricas, síndrome de Down, dolor orofacial, parálisis cerebral, etc.) (30) que dificultan la comparación de diversos estudios y no permiten extrapolar los resultados a la población general, además de los sesgos de validez externa que presentan, tal y como también observaron Manfredini y cols (31). que en una revisión sistemática encontraron una prevalencia del BV de entre 22,1% a 31,0%, y del BS de entre 12,8% \pm 3,1%. Las actividades bruxísticas no están relacionadas con el sexo, y en personas de edad avanzada tienden a descender [30] (más de 60 años) 3,0% (32). Otros autores (33) han observado una prevalencia de un 8,0% del BS en la población general. En niños los datos reportados son muy variados, con valores de 3,5% a 40,6%²⁶ y se observa un claro descenso con la edad y no diferencias en cuanto al sexo (34,35).

2.2.1.3. Etiología

La etiología del bruxismo es multifactorial y los indicadores de riesgo pueden ser agrupados básicamente en dos grupos: periféricos (morfológicos) y centrales (pato fisiológicos y psicológicos) (36).

2.2.1.3.1. Factores morfológicos:

Dentro de este grupo, las anomalías en la oclusión dental y la articulación, así como la anatomía ósea orofacial, fueron consideradas los más importantes factores etiológicos desencadenantes y perpetuantes de bruxismo.

Oclusión dental: actualmente se considera que su importancia es mucho menor, si es que está presente; este cambio se ilustra con el hecho de que el término «trastorno oclusal» o «maloclusión» está siendo reemplazado por el término «característica oclusal», ya que es más importante cómo un sujeto funciona con cierto tipo de oclusión, que su apariencia

oclusal.³⁰ Discrepancia entre la posición retruida y la posición intercuspal y también la presencia de interferencias mediotrusivas: Ramfjord reportó que los ajustes oclusales siempre conseguían la eliminación del bruxismo, las conclusiones de este estudio tuvieron un gran impacto en la clínica odontológica durante décadas, sin embargo, actualmente estos factores están siendo apartados por los resultados de estudios controlados, en los que se ha observado que la colocación de interferencias artificiales causan una significativa reducción de la actividad de los músculos masticatorios en el 90% de los casos, lo que pone en duda el rol de la oclusión en la etiología del bruxismo. La otra cara de la moneda es que las interferencias oclusales artificiales no pueden ser directamente comparadas con las interferencias naturales, estas últimas posiblemente sean un efecto del bruxismo más que su causa. Más aún, no todo bruxista presenta interferencias oclusales y no toda persona con estas interferencias es bruxista. Por tanto, aunque los esquemas oclusales son relevantes en la distribución de las fuerzas producidas por las actividades bruxísticas, no hay una prueba científica para el rol de la oclusión y la articulación en la etiología del bruxismo (25,32).

Posible relación entre el bruxismo y la anatomía de la región orofacial: se ha encontrado mayor asimetría en la altura condilar, distancia bicigomática y anchura craneal en pacientes bruxistas comparados con no bruxistas. Centrándose en la relación entre desgaste dental y estructura craneofacial, se ha observado que los pacientes con atrición dental severa presentan una morfología facial más rectangular que los controles, en combinación con una antero rotación mandibular, altura facial inferior menor, y un mayor ángulo interincisal bimaxilar, así como una arcada dental maxilar más cuadrada (36,37) . Manfredini en su estudio confirma que ciertos rasgos psíquicos están presentes en bruxistas, mientras que los factores oclusales no son parámetros útiles para discernir

entre bruxistas y no bruxistas. Por lo que se puede concluir que no hay prueba de un rol de los factores relacionados con la anatomía ósea orofacial en la etiología del bruxismo (25,30,36).

2.2.1.3.2. Factores Patofisiológicos:

Se han sugerido varios factores involucrados en la precipitación de bruxismo, por ejemplo: trastornos del sueño, química cerebral alterada, uso de ciertas medicaciones y drogas ilícitas, tabaco, consumo de alcohol, ciertos traumatismos, enfermedades y factores genéticos.

- **Trastornos del sueño:** se han observado trastornos del sueño concomitantes con bruxismo de sueño que incluye: apnea obstructiva, parasomnias, síndrome de piernas inquietas, mioclonus oro mandibular, trastornos del comportamiento del movimiento ocular rápido.
- **Neurotransmisores.** ganglio basal, un grupo de cinco núcleos subcorticales involucrados en la coordinación de movimientos, está alterado en los bruxistas (36).

Neurotransmisores como epinefrina, norepinefrina, dopamina, serotonina, ácido gamma amino butírico (GABA) podrían estar relacionadas con la génesis de la actividad rítmica de los músculos masticatorios. Se ha sugerido que la dopamina en el ganglio basal (donde controla el movimiento bucal), y en el sistema límbico (relacionado con el procesamiento de las emociones y afectos), presenta una asimetría en su recaptación a nivel receptores D2 situados en dichos núcleos. Esta asimetría podría favorecer la aparición de bruxismo de sueño en situaciones estresantes que simulan la producción y secreción de dopamina en la sustancia negra del cerebro medio. Sin embargo no se ha podido confirmar esta hipótesis, de hecho L-Dopa, un precursor de la dopamina, tiene solo un modesto efecto en la reducción del bruxismo de sueño, y la bromocriptina, un agonista de la dopamina, no tiene ningún efecto (32,38).

El uso crónico de neurolépticos por parte de pacientes psiquiátricos incrementa el bruxismo de vigilia. Además, ciertas medicaciones ejercen una influencia indirecta sobre el sistema dopaminérgico, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) [30] por ejemplo: fluoxetina y sertralina (32). La importancia de la interacción entre las neuronas noradrenérgicas, colinérgicas y gabaérgicas en la regulación del tono muscular en diferentes fases del sueño es conocida, así como el rol de la norepinefrina en el mantenimiento del alertamiento y vigilia en situaciones de estrés. La influencia de la norepinefrina en la etiopatogénesis del bruxismo de sueño es señalada por estudios que muestran la acción de la clonidina (agonista α_2 adrenérgico) en la reducción de la frecuencia de la «Actividad Rítmica de los Músculos Masticatorios» (ARMM) con la desventaja de que produce una severa hipotensión ortostática en el 20% de los pacientes. GABA es un neurotransmisor primario inhibidor del SNC, se cree que juega un rol en el bruxismo de sueño por estar implicada en casi todos los sistemas neuronales que controlan la vigilia, el sueño y la actividad motora, ya que análogos farmacológicos como diazepam y clonazepam (que potencian la acción inhibitoria del ácido gamma amino butírico), producen una reducción del bruxismo de sueño, pero siempre tienen efectos colaterales indeseables como somnolencia, mareos y riesgo de adicción (25,30,38).

- **Medicaciones y drogas ilícitas:** el bruxismo es más frecuente en sujetos con una fuerte adicción a drogas, como anfetaminas o éxtasis. (30) Tabaco, alcohol y cafeína (33) : la nicotina estimula los sistemas dopaminérgicos centrales, lo que podría explicar el por qué los fumadores de cigarrillos presentan casi dos veces más bruxismo (1,9 veces más frecuente) que los no fumadores, y exhiben cinco veces más episodios de bruxismo de sueño (39) .

Ahlberg y cols.³³ encontraron valores similares en un estudio longitudinal sobre 1.339 sujetos, donde el bruxismo de sueño fue de 1,2 a 4,9 veces más frecuente en sujetos fumadores que en no fumadores. El alcohol y la cafeína pueden producir bruxismo si se consume más de cuatro copas o tazas al día (34).

- **Traumatismos y enfermedades:** recientemente los daños cerebrales han sido considerados como posible causa del bruxismo. Más aún, ciertas enfermedades neurológicas y psiquiátricas han sido conectadas a la etiología del bruxismo como: infarto del ganglio basal, parálisis cerebral, síndrome de Down, epilepsia, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Leigh, septicemia meningocócica, Parkinson, desórdenes de estrés postraumático, y el síndrome de Rett. Todas estas asociaciones están basadas fundamentalmente en series de casos e informes de casos clínicos (25).

- **Herencia:** muchos clínicos tienen la impresión de que el bruxismo se da en familias. Se ha informado sobre una predisposición familiar (39) . Estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos han sugerido que la genética juega un papel en la génesis del bruxismo e incluso en el patrón de bruxismo. Pero no se ha encontrado aún el marcador genético para explicar el modo de transmisión del bruxismo de sueño (32).

En un estudio a gran escala (cerca de 4.000 pares de gemelos) se observó que la contribución de la herencia al bruxismo varía de un 39% a 64%. Sin embargo, en otro estudio en cerca de 250 pares de gemelos, se concluyó que no hay tal contribución. Por ello, si el bruxismo está más o menos determinado genéticamente no puede ser aún dilucidado ya que no se ha descifrado el mecanismo exacto de la herencia genética (30, 36,38).

2.2.1.3.3. Factores Psicológicos:

Factores como el estrés y la personalidad han sido implicados en la etiología del bruxismo desde hace muchos años. Rosales y cols (40). Provocaron estrés emocional en ratas al permitirles observar a otras ratas que estaban siendo sometidas a descargas eléctricas en una caja contigua. Al compararlas con otras que no habían observado, vieron que las ratas «observadoras» experimentaron un alto nivel de actividad muscular maseterina, similar a la producida en episodios de bruxismo, y además estos episodios fueron disminuidos por drogas ansiolíticas. Por lo que se ha sugerido el comportamiento de estos animales de experimentación como una vía de escape durante un período de sobrecarga psíquica. Se ha observado que la personalidad de sujetos con bruxismo estaría caracterizada por una tendencia hacia la furia y la agresión, un incrementado nivel de hostilidad; también se ha considerado la presencia de depresión y la sensibilidad al estrés. Y se ha hablado de una vida «altamente estresante» como factor de riesgo para el bruxismo de sueño (25).

Otros factores emocionales como ansiedad, frustración, temores, estrés emocional han sido relacionados con hiperactividad muscular (32). Un estudio longitudinal sobre casos demostró que el estrés experimentado podría estar relacionado con el apretamiento en la vigilia y a su vez, con el dolor muscular matutino y vespertino.³⁶ Giraki y cols (41). Observaron que los sujetos con una elevada actividad bruxista tienden a sentirse más estresados en el trabajo y en su vida diaria y parecen afrontar el estrés de forma negativa. Manfredini y Lobbezoo (42) realizaron una revisión sistemática, de la que infirieron que el apretamiento diurno parece estar asociado con factores psicológicos y un número de síntomas psicopatológicos, mientras que no hay evidencia para relacionar bruxismo de sueño con trastornos psicosociales. El rol de los factores psicológicos en la etiología del

bruxismo aún no está esclarecido. Parece ser que difiere entre individuos y es probablemente menor que el previamente asumido. Se observa la necesidad de más estudios controlados (36).

2.2.1.4. Clasificación

2.2.1.4.1. Bruxismo primario o idiopático: corresponde al bruxismo de sueño y de vigilia cuando no se conocen problemas o causas médicas.

A) **Bruxismo de sueño (BS):** conocido también como bruxismo nocturno; sin embargo, el término BS es más apropiado ya que el rechinar durante el sueño en el día también es posible (32) .

Ocurre cuando el paciente está dormido, se caracteriza fundamentalmente por una actividad de rechinar dentario, aunque también puede ocurrir apretamiento o empuje mandibular de forma menos frecuente; el rechinar dentario produce ruido característico y desgastes dentarios por atrición también denominados bruxofacetas.

B) **Bruxismo de vigilia (BV):** conocido también como bruxismo diurno; se produce cuando el paciente está despierto, y se caracteriza fundamentalmente por una actividad tónica de apretamiento, por lo que no produce ruido; se le considera una actividad involuntaria o semivoluntaria que aparece generalmente en actividades que requieren concentración o durante períodos de estrés. De forma menos frecuente, pueden aparecer también actividades excéntricas, aunque estas suelen ser menos intensas que las que caracterizan al BS (32).

Probablemente el BS y el BV son dos entidades con mecanismos fisiopatológicos y etiología diferentes¹⁷, que pueden o no coexistir en un mismo sujeto (30).

2.2.4.2. Bruxismo secundario:

Corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y administración de drogas o fármacos.

Según su grado de intensidad se clasifica en:

- **Grado I:** Hábito incipiente. La presentación no es agresiva. Su reproducción es por un corto período de tiempo y a veces, de forma ocasional. Aunque puede ser inconsciente para la persona, es reversible ya que aparece y se desvanece por sí solo. Puede no tener relación con la ansiedad.
- **Grado II:** Hábito establecido. En este grado la ansiedad ya se encuentra presente. La presentación es inconsciente para la persona y desaparece cuando ésta lo vuelve consciente. En esta etapa podemos encontrar lesiones en las estructuras dentofaciales por lo que se requiere un tratamiento integral clínico para asegurar su eliminación. El hábito del Grado II puede ser reversible, si no es tratado puede desarrollarse en un hábito Grado III
- **Grado III:** Hábito poderoso. El hábito de apretar y/o rechinar los dientes es constante, de forma consciente e inconsciente por la persona. Las lesiones en las estructuras dentofaciales son de considerable magnitud y en algunos casos las lesiones son permanentes.

2.2.2. Factores Biosociales

2.2.2.1. Maloclusiones

- La maloclusión se denomina también anomalía o desorden oclusal. Consiste en aquella variación de la oclusión que no es aceptada tanto en el aspecto estético y/o funcional, por el mismo individuo o examinador (43). De igual forma, es considerada una desviación de la norma más no una

enfermedad. Empero, se puede generar una situación de no salud en el individuo al encontrarse con un sentimiento de intranquilidad psíquica y social (44). Por lo tanto, para las diversas situaciones, el comportamiento ideal sería establecer medidas de la maloclusión en grados (45).

2.2.2.2. Interferencias oclusales

- Las interferencias oclusales son cualquier contacto dentario que inhibe la oclusión de las superficies remanentes para tener superficies estables y contactos armoniosos (46). La patología oclusal es un proceso evolutivo que puede afectar cualquiera de los componentes del sistema estomatognático en su forma y función (47). Los efectos de las interferencias oclusales se presentan sobre las piezas dentales naturales, en la movilidad dental, en el trauma por oclusión, la migración dentaria [48].

2.2.2.3. Funcionalidad de la guía anterior

- Se ha descrito a la guía anterior como aquella trayectoria mandibular desde la posición de máxima intercuspidad (MIC) hasta la posición de contacto en vis a vis, en la cual se observa contacto de los bordes incisales de las piezas antero inferiores contra la cara palatina de las anterosuperiores, produciéndose la desoclusión del resto de las piezas dentarias.

2.2.2.3. Estrés

- Estrés como una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. El estrés laboral es un estado de tensión física y psicológica que se produce en el momento de existir un desequilibrio entre las demandas planteadas por la organización del trabajo y el medio laboral, y los recursos de los trabajadores para hacerles frente o controlarlas.
Respuesta de adaptación, con la mediación de características individuales y/o procesos psicológicos y que es consecuencia de cualquier acción,

situación, acontecimiento externo que inflige demandas físicas y/o psicológicas a la persona.

Es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en la cual tensión es sinónimo de presión o, en sentido físico, de deformación.

2.2.2.4. Ansiedad

- La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (49).

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con

2.2.2.5. Tabaquismo

- Según Osear Valiente: El tabaquismo es la adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica como así también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas.

El tabaquismo es una conducta compleja aprendida, entrelazada con la vida diaria y relacionada con la forma con que el fumador se relaciona con el mundo (50).

Otra definición según Etelh Bazán Vidal: El tabaquismo es una farmacodependencia a la nicotina que el Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV incluye como dependencia a la nicotina y en el CIE-10 aparece como F-17. Actualmente, es un problema mundial con una elevadísima mortalidad por las consecuencias de su consumo (51).

Según Harrison: Los criterios primarios para definir la adicción a la nicotina son el uso compulsivo, efectos psicoactivos y conductas reforzadas por la droga. En este caso se produce una compulsión a fumar, causa alteraciones placenteras del estado de ánimo y motiva una conducta crónica de búsqueda y consumo de tabaco. La tolerancia y la dependencia física, que se manifiestan en un síndrome de abstinencia, contribuyen al control que la nicotina ejerce sobre la conducta de fumar. Este síndrome se caracteriza por ira, ansiedad, ansia de productos de tabaco, dificultad para concentrarse, hambre, impaciencia e intranquilidad. La mayoría de estos síntomas alcanzan su nivel máximo uno o dos días después del abandono y vuelve a la situación de partida en tres o cuatro semanas (52).

2.3. Definición de términos

2.3.1. Bruxismo

- Acto para funcional resultante de trastornos neurofisiológicos en los movimientos mandibulares, que genera apretamiento de los dientes por contracciones isométricas mantenidas en posiciones excéntricas de máxima intercuspidadación o rechinamiento por movimientos rítmicos de las arcadas dentarias, lo que produce contacto oclusal repetido, constante e intermitente fuera de los actos fisiológicos de la masticación y la deglución (9).

2.3.2. Estrés

- Resultado inespecífico del organismo ante una demanda estresante. El estrés se da por sin número de reacciones que iniciaran por medio

de reacciones físicas y sociales que provocan alta demanda, la cual la persona es incapaz de satisfacer durante un límite de tiempo, ocasionando de esta manera una afectación a nivel psicológico y biológico (53).

2.4. Hipótesis.

Hi: Entre el bruxismo y los factores biosociales si existe asociación en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

Ho: Entre el bruxismo y los factores biosociales no existe asociación en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

2.5 Sistema de variables

2.51.Variable Dependiente

- Bruxismo

2.52.Variable Independiente

- Factores biosociales

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLES
Variable De Estudio			
Bruxismo	Clasificación de bruxismo (según grado de intensidad)	Grado I Grado II Grado III	Cualitativo ordinal
Variable De Caracterización			
Sexo	Características fenotípicas	Femenino Masculino	Cualitativo Nominal Dicotómica
Edad	Grupo etáreo	50 – 59 años 60 – 69 años 70 – 79 años =>80 años	Cualitativa Ordinal
Factores biológicos	Maloclusiones	Si No	Cualitativo Nominal Dicotómica
	Interferencias oclusales	Si No	Cualitativo Nominal Dicotómica
	Funcionalidad de la guía anterior	Funcional Disfuncional	Cualitativo Nominal Dicotómica
Factores sociales	Estrés	Presencia Ausencia	Cualitativo Nominal Dicotómica
	Ansiedad	Presencia Ausencia	Cualitativo Nominal Dicotómica
	Hábito tóxico de tabaquismo	Presencia Ausencia	Cualitativo Nominal Dicotómica

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.

3.1.1.Enfoque

Según la finalidad del investigador:	Básica
Según intervención del investigador:	Observacional
Según número de mediciones de la variable de estudio:	Transversal
Según número de variables de interés (analíticas):	Analítica
Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:	Prospectivo

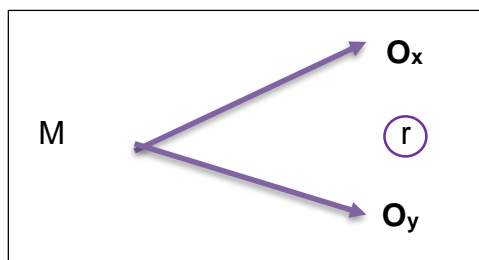
3.1.2. Alcance o Nivel

Relacional (Análisis bivariado, no demuestra relación de causalidad)

Método

Hipotético - deductivo

3.1.3. Diseño



Dónde:

M: Representa una muestra del estudio (Pacientes de 20 a 50 años)

Ox: Observación variable 1 (Bruxismo)

Oy: Observación variable 2 (Factores biosociales)

r: Relación de variables

3.2. Población y muestra.

- **Población**

La población de referencia estará constituida por pacientes de 20 a 50 años que acuden al Hospital Hermilio Valdizan los meses de Julio a Agosto del 2018.

- **Muestra**

Estará conformado por 102 pacientes de 20 a 50 años que acuden al Hospital Hermilio Valdizan los meses de Julio a Agosto del 2018 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Para el presente trabajo de investigación se utilizará los siguientes criterios de inclusión:

- ❖ Individuos de entre 20 y 50 años de edad.
- ❖ Individuos que obtengan el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que presentan algún factor biológico y social asociado al bruxismo.
- ❖ Los pacientes serán evaluados únicamente atendidos en el servicio de Odontología.

Criterios De Exclusión

Los criterios de exclusión serán los siguientes:

- ❖ Pacientes menores de 20 años
- ❖ Pacientes mayores de 50 años.

- ❖ Pacientes que no presenten algún factor biológico y social asociado al bruxismo
- ❖ Pacientes que se nieguen a colaborar.

- **Técnica**

Para la obtención de los datos se utilizó la técnica Observación y la encuesta. A través del examen clínico, se realizó el registro clínico de los factores biológicos y del bruxismo.

3.3.1. Para la Recolección de datos

Se solicitó autorización al responsable del Hospital Regional Hermilio para la ejecución del estudio.

Se contó con una ficha de recolección de datos en donde se colocaron los datos obtenidos por la evaluación clínica y un cuestionario para determinar los factores sociales asociados al bruxismo.

Luego se identificó a los pacientes que formaron parte de la muestra teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Se aplicó el cuestionario y la ficha de observación, para la obtención de los datos según la variable estudiada.

3.3.2. Para la Presentación de datos

a. Ficha de observación:

En la ficha de observación en la primera parte se consignó los datos personales de los pacientes seguido a ello se identificaron la presencia de bruxismo determinando los grados, y luego los factores biológicos

b. Ficha de encuesta:

Se realizó una encuesta para determinar la ansiedad, el estrés y el hábito tóxico tabaquismo

- **Validación de instrumentos**

Los instrumentos fueron validados por juicio de expertos por tres profesionales relacionado al programa académico de Odontología.

3.3.3. Para el Análisis e Interpretación de Datos

Una vez tomado los datos se tabularon en el programa estadístico SPSS versión 23.0 para los resultados correspondientes. Y el tipo de estadística que se utilizó fue la estadística descriptiva (porcentajes y frecuencias), estadística Inferencial (chi-cuadrado, Odds Ratio).

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de Datos

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de cuadros y gráficos en columnas, para observar su comportamiento. En el paquete estadístico SPSS versión 23 en el cual se estimó frecuencias, porcentajes descriptivos, y luego se desarrollaron las pruebas de inferencias estadísticas en este caso la prueba no paramétrica chi-cuadrado y Odds Ratio, con una significancia del 5%. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, con el propósito de determinar, Determinar la asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018 encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 1

- **Distribución de los pacientes según sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	61	59,8	59,8
Femenino	41	40,2	40,2
Total	102	100,0	100,0

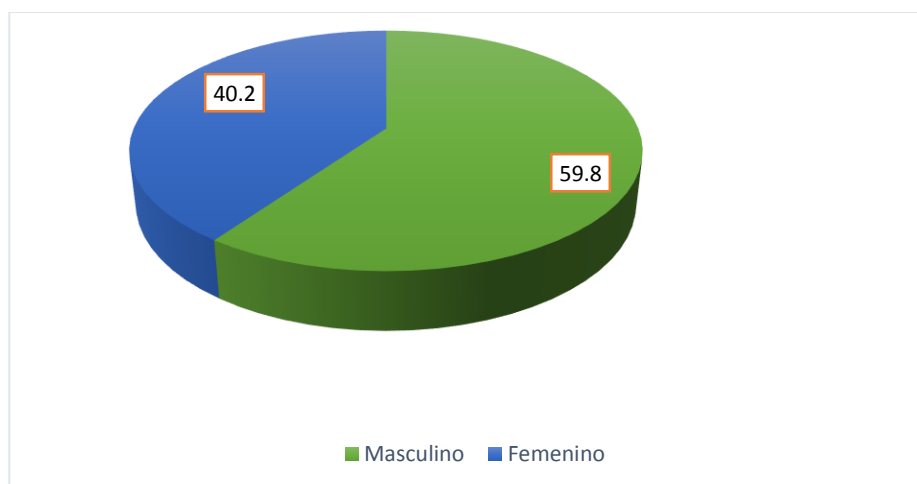


Gráfico 1

Distribución de los pacientes según sexo

Interpretación:

- En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sexo, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de sexo masculino 59,8%. (seguido en frecuencia por pacientes de sexo femenino 40,2%),

Tabla 2

Distribución de los pacientes según grupo etáreo

			Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	válido
20 a 39 años	48	47,1	47,1
30 a 39 años	26	25,5	25,5
40 a 50 años	28	27,5	27,5
Total	102	100,0	100,0

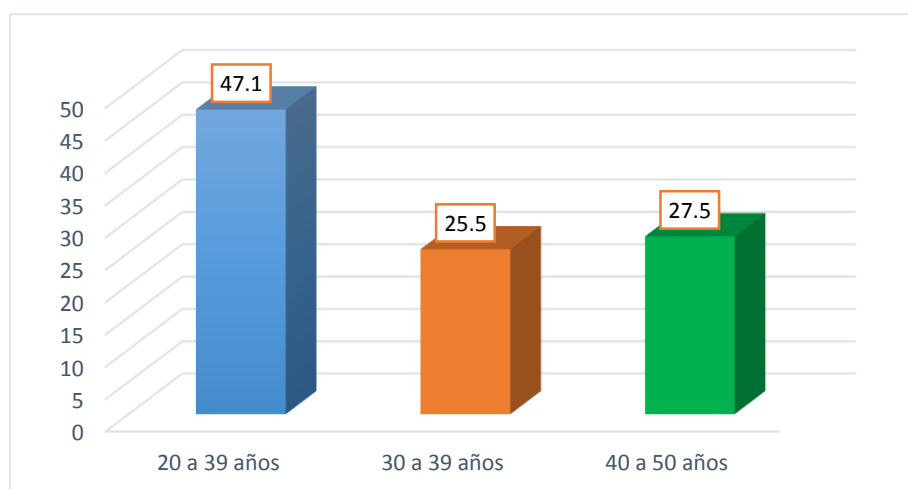


Gráfico 2

Distribución de los pacientes según grupo etareo

- Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades (grupo etareo), observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 20 a 39 años (47,1%5), seguido en frecuencia por pacientes de 40 a 50 años (27,5%). Ante los paciente de 30 a 39 años 25,5%.

Tabla 3

Prevalencia de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	60	58,8	58,8
No	42	41,2	41,2
Total	102	100,0	100,0

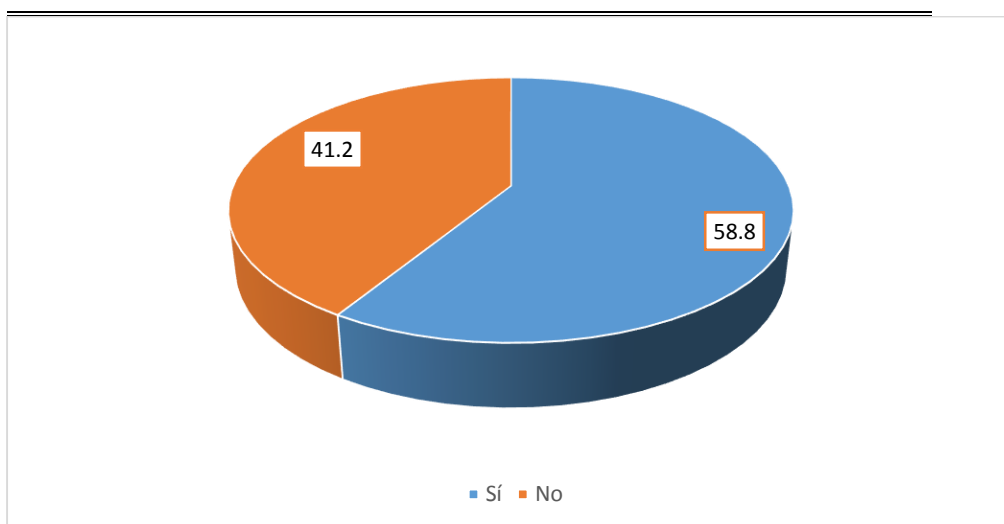


Gráfico 3

- Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia la prevalencia de bruxismo en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 58,8% presentaron algún grado de bruxismo.

Tabla 4

Grado de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Grado I	26	43,3	43,3
Grado II	25	41,7	41,7
Grado III	9	15,0	15,0
Total	60	100,0	100,0

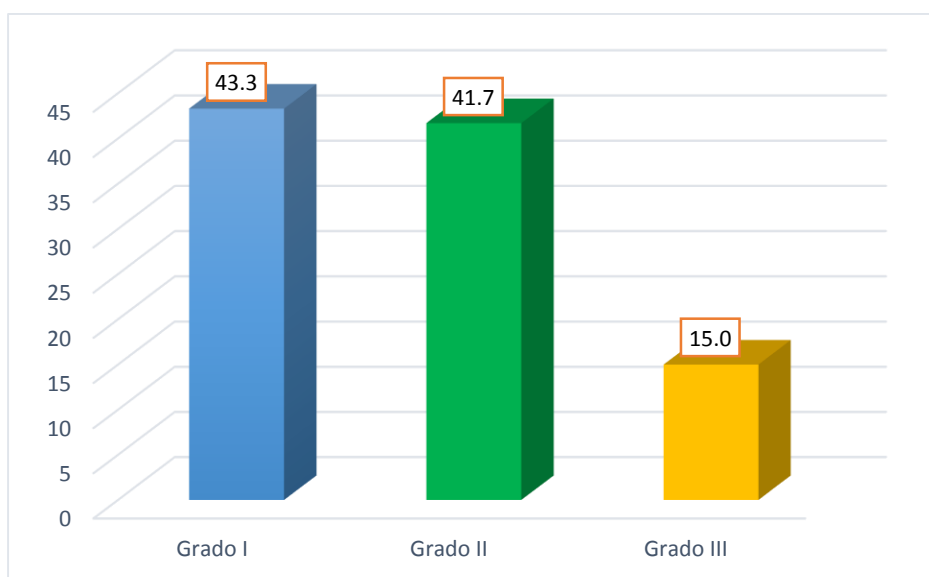


Gráfico 4

- **Grado de Bruxismo en pacientes de 20 a 50 años**
- **Interpretación:**

En cuanto al grado de bruxismo en los pacientes de 20 a 50 años se muestra que

El grado I de bruxismo predominó con un 43,3%, seguido del grado II 41,7% y con un porcentaje el grado III 15%.

Tabla 5

Factor biológico: Maloclusiones en pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	44	43,1	43,1
No	58	56,9	56,9
Total	102	100,0	100,0

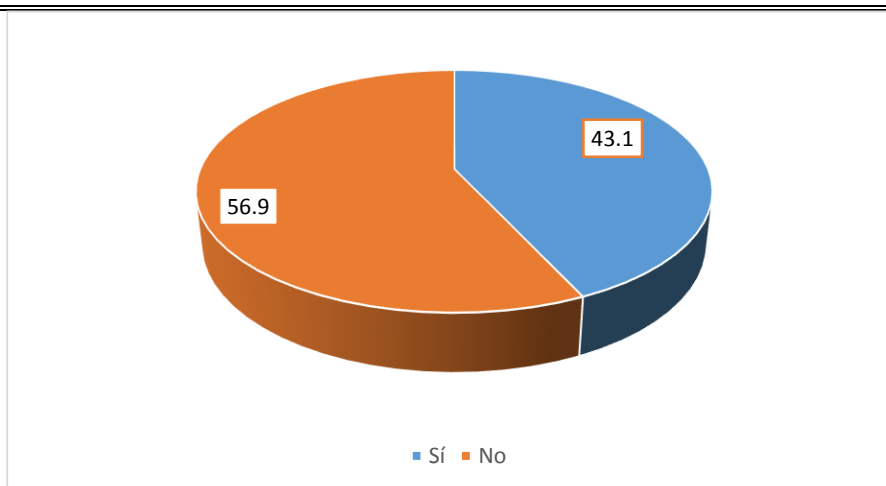


Gráfico 5

- **Factor biológico: Maloclusiones en pacientes de 20 a 50 años**
- **Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia la prevalencia de maloclusiones dentarias en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 43,1% presentaron maloclusiones dentarias.

Tabla 6

Factor biológico: Interferencias oclusales en pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	45	44,1	44,1
No	57	55,9	55,9
Total	102	100,0	100,0

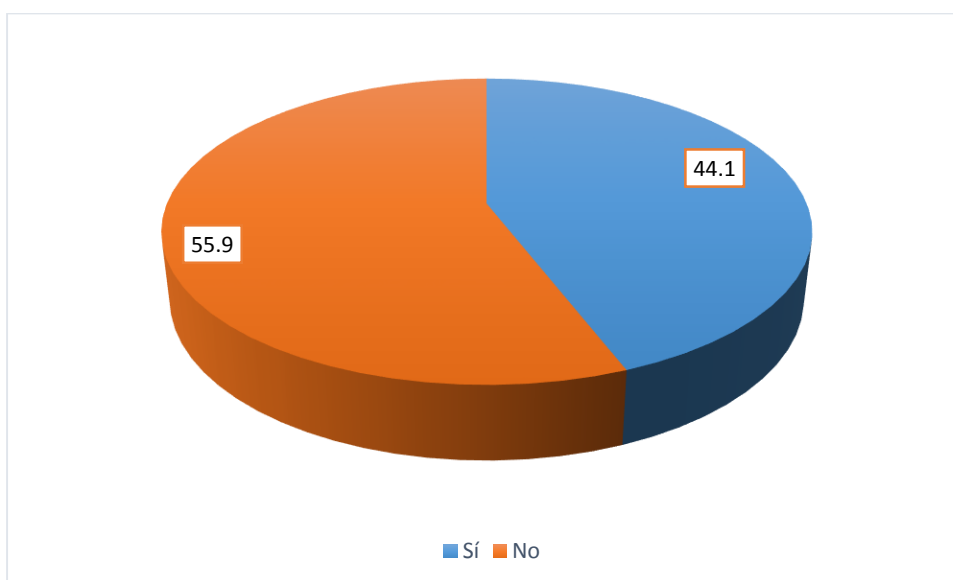


Gráfico 6

- **Factor biológico: Interferencias oclusales en pacientes de 20 a 50 años**
- **Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia las interferencias oclusales en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 44,1% presentaron interferencias oclusales.

Tabla 7

- **Factor biológico: Funcionabilidad de la guía anterior en pacientes de 20 a 50 años**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Funcional	66	64,7	64,7
Disfuncional	36	35,3	35,3
Total	102	100,0	100,0

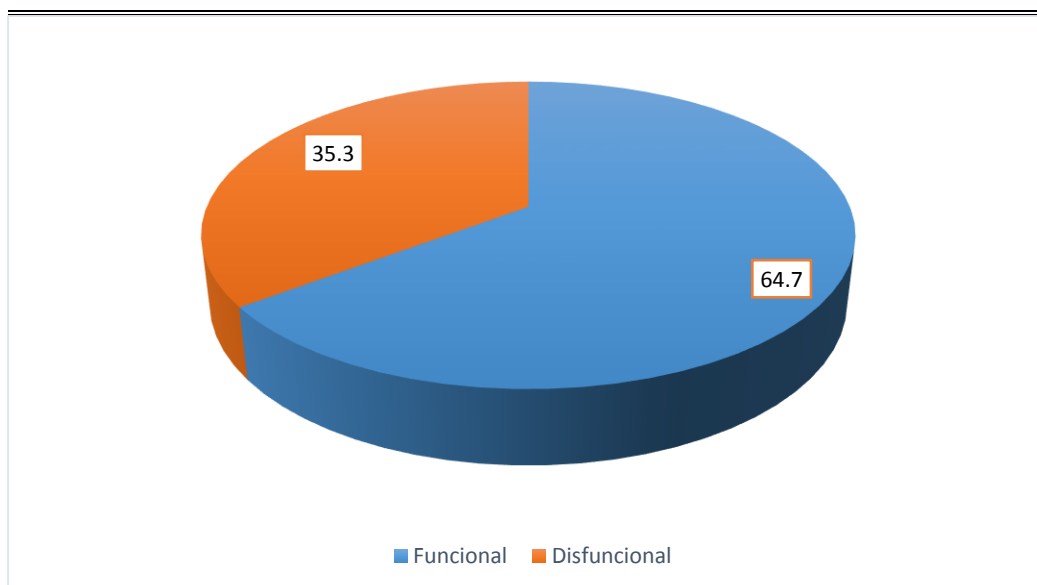


Gráfico 7

Factor biológico: Funcionabilidad de la guía anterior en pacientes de 20 a 50 años

- **Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia la funcionabilidad de la guía anterior en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 64,7% presentaron funcionabilidad y el 35,3% la guía canina disfuncional.

Tabla 8

- Factor social: Estrés en los pacientes de 20 a 50 años**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Presente	45	44,1	44,1
Ausente	57	55,9	55,9
Total	102	100,0	100,0

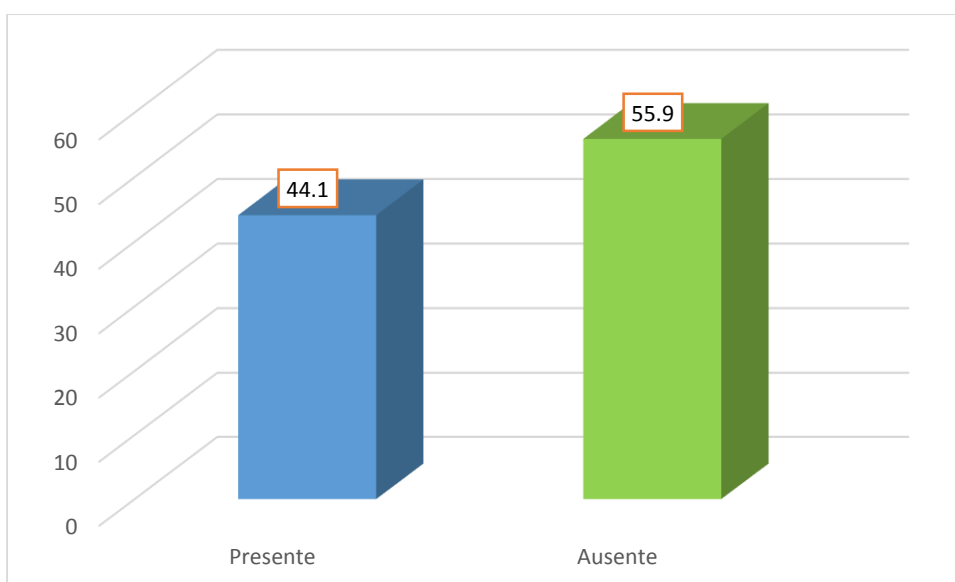


Gráfico 8

Factor social: Estrés en los pacientes de 20 a 50 años

- Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia el factor social estrés en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 44,1% presentaron algún grado de estrés y el 55,9% no se determinaron estrés.

Tabla 9

Factor social: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Presente	45	44,1	44,1
Ausente	57	55,9	55,9
Total	102	100,0	100,0

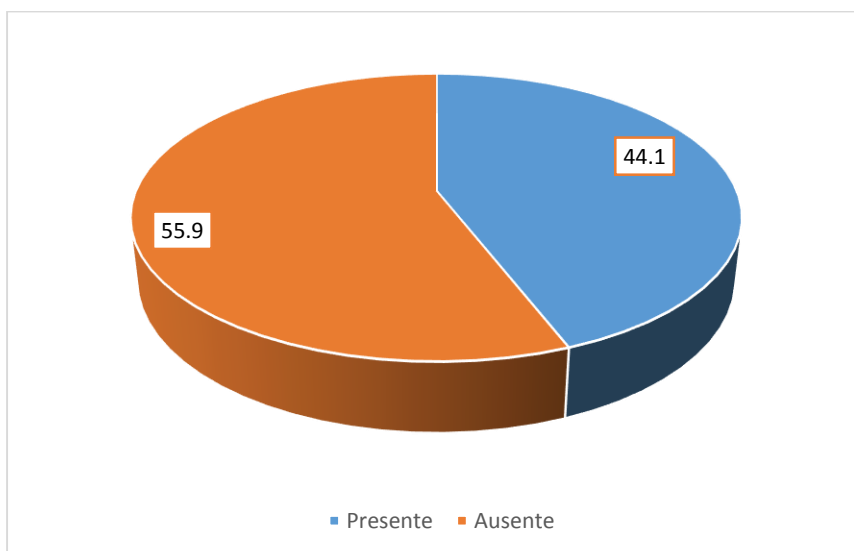


Gráfico 9

- **Factor social: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años**
- **Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia el factor social ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 44,1% presentaron algún grado de ansiedad y el 55,9% no se determinaron ansiedad.

Tabla 10

Hábito tóxico de tabaquismo: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Presente	33	32,4	32,4
Ausente	69	67,6	67,6
Total	102	100,0	100,0

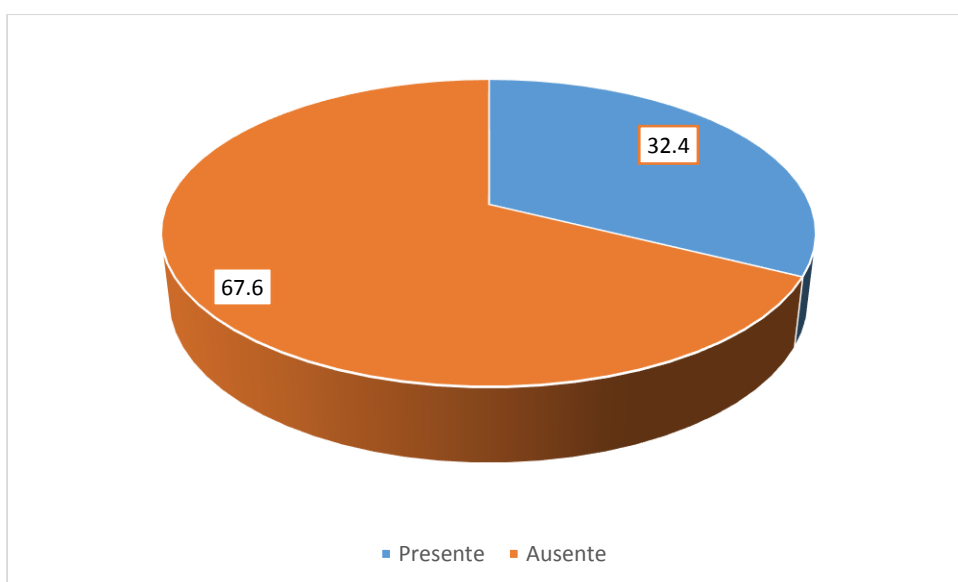


Gráfico 10

Hábito tóxico de tabaquismo: Ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años

- **Interpretación:**

En la presente tabla y gráfico se evidencia el factor social hábito tóxico de tabaquismo en los pacientes de 20 a 50 años, del total de sujetos estudiados el 32,4% presentaron hábito de tabaquismo y el 67,6% no se determinaron este hábito.

Tabla 11

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según estrés en los pacientes de 20 a 50 años

		Estrés			p	OR
		Presente	Ausente	Total		
Bruxismo	Sí	45	15	60	0,00	3,80
		75,0%	25,0%	100,0%		
	No	0	42	42		
		0,0%	100,0%	100,0%		
Total		45	57	102		
		44,1%	55,9%	100,0%		

OR=Odds Ratio

- Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 10 se observa el bruxismo según estrés, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con algún grado de estrés en un 75,0%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con estrés en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$). Según el índice Odds ratio (3,80) los pacientes con estrés tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 12

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años

Tabla cruzada

		Ansiedad			P	OR
		Presente	Ausente	Total		
Bruxismo	Sí	45	15	60	0,00	3,80
		75,0%	25,0%	100,0%		
	No	0	42	42		
		0,0%	100,0%	100,0%		
Total		45	57	102		
		44,1%	55,9%	100,0%		

- **Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 11 se observa el bruxismo según ansiedad, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con algún grado de estrés en un 75,0%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con ansiedad en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$). Según el índice Odds ratio (3,80) los pacientes con ansiedad tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 13

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según hábito tóxico de tabaquismo en los pacientes de 20 a 50 años

		Hábito tóxico de tabaquismo			p	OR
		Presente	Ausente	Total		
Bruxismo	Sí	33	27	60	0,00	3,43
		55,0%	45,0%	100,0%		
	No	0	42	42		
		0,0%	100,0%	100,0%		
Total		33	69	102		
		32,4%	67,6%	100,0%		

- Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 12 se observa el bruxismo según hábito tóxico de tabaquismo, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con hábito tóxico de tabaquismo en un 55,0%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con hábito en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,00$). Según el índice Odds ratio (3,43) los pacientes con hábito tóxico de tabaquismo tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 14

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según maloclusiones en los pacientes de 20 a 50 años

		Maloclusiones			p	OR
		Sí	No	Total		
Bruxismo	Sí	44	16	60	0,05	3,62
		73,3%	26,7%	100,0%		
	No	0	42	42		
		0,0%	100,0%	100,0%		
Total		44	58	102		
		43,1%	56,9%	100,0%		

Interpretación:

Con referente a la tabla y gráfico 13 se observa el bruxismo según maloclusiones dentarias, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con maloclusiones en un 73,3%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con maloclusiones en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,05$). Según el índice Odds ratio (3,62) los pacientes con maloclusiones tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 15

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según interferencias oclusales en los pacientes de 20 a 50 años

		Inferencias Oclusales			p	OR
		Sí	No	Total		
Bruxismo	Sí	45	15	60	0,05	0,25
		75,0%	25,0%	100,0%		
	No	0	42	42		
		0,0%	100,0%	100,0%		
Total		45	57	102		
		44,1%	55,9%	100,0%		

- Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 14 se observa el bruxismo según interferencias oclusales, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con interferencias oclusales en un 75,0%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con interferencias oclusales en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,05$). Según el índice Odds ratio (3,80) los pacientes con interferencias oclusales tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 16

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según funcionabilidad de la guía anterior en los pacientes de 20 a 50 años

		Funcionabilidad de la Guía anterior			P	OR
		Funcional	Disfuncional	Total		
Bruxismo	Sí	25	35	60	0,05	0,39
		41,7%	58,3%	100,0%		
	No	41	1	42		
		97,6%	2,4%	100,0%		
Total		66	36	102		
		64,7%	35,3%	100,0%		

- Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 15 se observa el bruxismo según funcionabilidad de la guía anterior, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes con disfunción en un 58,3%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de bruxismo con la guía anterior alterada en los pacientes de 20 a 50 años siendo el valor de $p < 0,05$ ($0 = 0,05$). Según el índice Odds ratio (0,39) los pacientes con guía anterior disfuncional tiene 0,3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo.

Tabla 17

Prueba Chi-cuadrado: Bruxismo según sexo en los pacientes de 20 a 50 años

		Bruxismo		
		Sí	No	Total
SEXO	Masculino	40	21	61
		65,6%	34,4%	100,0%
	Femenino	20	21	41
		48,8%	51,2%	100,0%
Total		60	42	102
		58,8%	41,2%	100,0%

- Interpretación:**

Con referente a la tabla y gráfico 14 se observa el bruxismo según sexo, la presencia de bruxismo prevaleció en los pacientes de sexo masculino 65,6%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,06$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que el estrés es un factor social para desencadenar el bruxismo y Según el índice Odds ratio (3,80) los pacientes con estrés tiene 3 veces más riesgo de desarrollar bruxismo, resultados que coinciden con los encontrados por Cavallo et al. [20] Los estudiantes universitarios mostraron niveles más altos de bruxismo y estrés en comparación con la población general, con mayor estrés para las mujeres, pero, incluso si las estudiantes muestran un mayor estrés, existe una correlación entre el estrés y el bruxismo solo para el género masculino. Se deben realizar más estudios. También Lurie [24] encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y bruxismo, se encontró una asociación.

Cuando la demanda del ambiente laboral es excesiva se va a desarrollar la activación fisiológica del estrés y el origen de las parafunciones o actividades disfuncionales de los sistemas orgánicos

Con relación a la asociación del factor social ansiedad con el bruxismo existe asociación

En el estudio realizado por Renner [23], encontró que los problemas de salud mental se asociaron con el bruxismo, con dientes apretando solo y rechinando por la noche solamente. No se detectó asociación entre la depresión y el bruxismo, ni apretamiento ni rechinamiento. Pero es necesario ser cauteloso con respecto a las deducciones de algunos de nuestros resultados. Al analizar el factor de ansiedad se asocia con el bruxismo en los pacientes de 20 a 50 años.

Como consecuencia del bruxismo se pueden producir lesiones traumáticas en la ATM y luxaciones en casos severos, relacionadas con fibrosis de la cápsula articular, dolor espontáneo o a la palpación y chasquidos, a diferencia de las alteraciones periodontales que frecuentemente no están asociadas.

Lemus Cruz LM, Grau León I, Almagro Urrutia Z, Pérez M. Programa de la asignatura Rehabilitación II [CD-ROM]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2009

El bruxismo con relación con al sexo, en el estudio se determinó que el bruxismo predomina en el sexo masculino, concuerda con lo hallado por Carvallo existe una correlación entre el estrés y el bruxismo solo para el género masculino, la mayoría de los autores exponen una tendencia al predominio del sexo femenino⁸. Esta última aseveración descansa en teorías endocrinas y el factor social, lo que favorece el estrés, elemento de valor para que ellas presenten eventos parafuncionales. En cambio, otros criterios no establecen dependencia sexo-bruxismo, en relación con su prevalencia, aunque sí con el tipo, pues en los hombres predomina el bruxismo por apretamiento, coherente con actividades físicas ligadas a este sexo.

Díaz Gómez SM, Díaz Mirallesn M, Nápoles González IJ, Puig Capote E, Ley Sifontes L. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC. 2009 [citado 8 ago 2012]; 13(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0255200918&lng=es

Al analizar la variable hábito tóxico de tabaquismo se encontró asociación con el bruxismo, los pacientes con este hábito tienen tres veces mas de probabilidad de ser bruxópata, son similares a los hallados por Hernandez De los 130 individuos con hábitos tóxicos de tabaquismo, el 64,5 % de ellos pertenecía al grupo de estudio con una diferencia estadística respecto al grupo control de ($p=0,000$), lo que refleja un riesgo dos veces mayor de padecer bruxismo lo que refleja un riesgo dos veces mayor de padecer bruxismo, no se encontraron estudios a nivel nacional que abordaran el riesgo de padecer bruxismo en presencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo; tema de estudio inter y multidisciplinario que abre nuevas interrogantes a la comunidad científica actual.

El tabaquismo y sus efectos como potencial factor de riesgo de bruxismo, pues al estimular el sistema nervioso central aumenta la actividad electromiográfica de la musculatura masticatoria y desencadena episodios de bruxismo en el 60 a 80 % de los casos, aseveración en concordancia con las cifras reportadas en la investigación.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de bruxismo en los pacientes de 20 a 50 años fue de 58,8, el grado I de bruxismo predominó.
2. El bruxismo predominó en el sexo masculino.
3. La prevalencia de maloclusiones en pacientes de 20 a 50 años fue de 43,1%. De interferencias oclusales 44,1%, guía canina disfuncional 35,4%.
4. La prevalencia de estrés ansiedad en pacientes de 20 a 50 años fue de 44,1% y hábito tóxico de tabaquismo 32,4%.
5. Existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.

RECOMENDACIONES

1. La comunidad odontológica y los estudiantes de Odontología incluir en las actividades que realiza promocionar la salud bucal y medidas preventivas para disminuir la prevalencia de bruxismo.
2. En los pacientes con bruxismo rrealizar seguimientos de dicha parafunción a los pacientes que acuden a la Hospital Regional Hermilio Valdizan con la finalidad de evitar los efectos o consecuencias de dicha patología
3. Se sugiere realizar estudios similares con mayor número de muestra y considerando otros factores que condicionan al bruxismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahlberg K., Jahkola A., Savolainen A., y col. Asociaciones de bruxismo reportado con insomnio y síntomas de sueño insuficientes entre el personal de medios con o sin trabajo de turno irregular. *Medicina de la cabeza y la cara* . 2008; 4, artículo 4
2. Serra-Negra JM, Scarpelli AC, Tirsá-Costa D., Guimarães FH, Pordeus IA, Paiva SM El bruxismo del sueño, el bruxismo despierto y la calidad del sueño entre los estudiantes brasileños de odontología: un estudio transversal. *Diario dental brasileño* . 2014; 25 (3): 241 - 247
3. Strausz T., Ahlberg J., Lobbezoo F., y col. Conciencia de los dientes apretados y apretados desde la adolescencia hasta la adultez joven: un seguimiento de nueve años. *Revista de Rehabilitación Oral*. 2010; 37 (7): 497-500.
4. van't Hof-Grootenboer AE, Visscher CM, Naeije M., Lobbezoo F. Bruxismo y factores asociados entre los adolescentes holandeses. *Odontología Comunitaria y Epidemiología Oral* . 2013; 41 (4): 353-363.
5. Ahlberg J., Savolainen A., Rantala M., Lindholm H., Könönen M. Bruxismo informado y síntomas biopsicosociales: un estudio longitudinal. *Odontología Comunitaria y Epidemiología Oral*. 2004; 32 (4): 307-311
6. Ahlberg K., Jahkola A., Savolainen A., y col. Asociaciones de bruxismo reportado con insomnio y síntomas de sueño insuficientes entre el personal de medios con o sin trabajo de turno irregular. *Medicina de la cabeza y la cara* . 2008; 4, artículo.
7. Ahlberg K., Ahlberg J., Könönen M., Alakuijala A., Partinen M., Savolainen A. Dolor orofacial percibido y sus asociaciones con síntomas de bruxismo e insomnio en el personal de los medios con o sin trabajo por turnos irregulares. *Acta Odontologica Scandinavica* . 2005; 63 (4): 213-217.

8. Harsh P., Arunima C., Manoj K. Calidad de vida de la salud oral entre los estudiantes de odontología malayos de pregrado. *Diario Médico de Malasia* . 2012; 67 (3): 298-301.
9. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 3ra. ed. Madrid: Mosby; 2009.
10. Lemus Cruz LM, Grau León I, Almagro Urrutia Z, Pérez M. Programa de la asignatura Rehabilitación II [CD-ROM]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2009.
11. Montero Parrilla JM, Jiménez Quintana Z. Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata. *Rev Cubana Estomatol*. 2011 [citado 8 ago 2012]; 48(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300011&nrm=iso
12. Bader GG, Kampe T., Tagdae T., Karlsson S., Blomqvist M. Datos fisiológicos descriptivos sobre una población de bruxismo del sueño. *El sueño* . 1997; 20 (11): 982-990.
13. Lobbezoo F., Ahlberg J., Glaros AG, y col. Bruxismo definido y calificado: un consenso internacional. *Revista de Rehabilitación Oral* . 2013; 40 (1): 2-4.
14. Ahlberg J., Rantala M., Savolainen A., y col. Bruxismo informado y experiencia de estrés. *Odontología Comunitaria y Epidemiología Oral* . 2002; 30 (6): 405-408.
15. Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Factores de riesgo para el bruxismo del sueño en la población general. *Pecho* . 2001; 119 (1): 53-61.
16. Lavigne GJ, Khoury S., Abe S., Yamaguchi T., Raphael K. Bruxismo fisiología y patología: una visión general para los médicos. *Revista de Rehabilitación Oral* . 2008; 35 (7): 476-494.
17. Al-Sanasy RM Patrón de abuso de khat y rendimiento académico entre estudiantes de secundaria y universitarios en la región de Jazan, Reino de Arabia Saudita (KSA) *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria* . 2009; 16 (3): 89-95.

18. Al-Sanasy RM Patrón de abuso de khat y rendimiento académico entre estudiantes de secundaria y universitarios en la región de Jazan, Reino de Arabia Saudita (KSA) *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria* . 2009; 16 (3): 89-95.
19. Hernández B, Díaz S, Hidalgo S, López S, García L. Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos. *Archiv Méd. Camag*. 2017;21(3): 311-320
20. Cavallo P, Carpinelli L, Savarese G. Estrés percibido y bruxismo en estudiantes universitarios. BMC Res Notes. 2016 21 de diciembre; 9 (1): 514.
21. Alcolea J, Herrero P, Ramón M, Trinidad E, Pérez M, Garcés D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. *CCM* 2014; 18 (2)
22. Abe Y, Suganuma T, Ishii M, Yamamoto G, Gunji T, Clark GT, et al. Japón (2012). Asociación de factores genéticos, psicológicos y de comportamiento con el bruxismo del sueño en una población japonesa. J Sleep Res. 2012 Jun; 21 (3): 289-96.
23. Renner AC, da Silva AA, Rodríguez JD, Simões VM, Barbieri MA, Bettiol H, et al. ¿Los problemas de salud mental y la depresión están asociados con el bruxismo en los niños?. Community Dent Oral Epidemiol. 2012 Jun; 40 (3): 277-87.
24. Lurie O ¹, Zadik Y, Einy S, Tarrasch R, Raviv G, Goldstein L. Bruxismo en pilotos militares y no pilotos: desgaste de los dientes y estrés psicológico. Aviat Space Environ Med. 2007 Feb; 78 (2): 137-9.
25. Paesani D. Bruxismo. Teoría y Práctica. Edit. Quintessence 2012.
26. The glossary of prosthodontics terms, 8th ed. *J Prosthet Dent* 2005, 94:10-92.
27. De Leeuw R. Orofacial Pain Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. American Academy of Orofacial Pain. 4th ed. 2008.
28. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of sleep disorders. 2nd ed. Westchester 2005.
29. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil* 2013; 40: 2-4.

30. Lavigne GJ. Sleep Medicine for Dentist. A practical overview. 1st ed. Quintessence Books 2009.
31. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L. Epidemiology of Bruxism in Adults: A Systematic Review of the Literature. J Orofac Pain 2013; 27: 99-110.
32. Bader G, Lavigne G. Sleep Bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Med Rev 2000, 4: 27-43.
33. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. J Oral Rehabil 2008; 35: 476-494.
34. Ohayon MM, Li KK, Guilleminault C. Risk Factors for Sleep Bruxism in the General Population. CHEST 2001; 119: 53-61.
35. Lavigne GJ, Guitard F, Rompré PH. Variability in sleep bruxism activity over time. J Sleep Res 2001; 10: 237-244.
36. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil 2001; 28: 1085-1091.
37. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Australian Dent J 2004; 49: 84-89.
38. Hoz-Aizpurua JL, Díaz-Alonso E, LaTouche-Arbizu R. Sleep bruxism. Conceptual review and update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16: 231-238.
39. Kato T, Lavigne GJ. Sleep Bruxism: A sleep-Related Movement Disorder. Sleep Med Clin 2010; 5: 9-35.
40. Rosales VP, Ikeda K, Hizaki K. Emotional stress and brux-like activity of the masseter muscle in rats. Eur J Orthodontics 2002; 24: 107-117.
41. Giraki M, Schneider C, Schäfer R. Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism. Head Face Med 2010; 6: 2-8.
42. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of Psychosocial Factors in the Etiology of Bruxism. J Orofac Pain 2009; 23: 153-166.
43. Vinueza B. Asociación del estrés académico en la prevalencia del bruxismo en estudiantes del primer ciclo de la UCSG durante el semestre 2014.
44. McNeill C. Occlusion: what it is and what it is not. J Calif Dent Assoc. 2000; 28(10): 748-58. 24.

45. Shaw WC. Factors influencing the desire for orthodontic treatment. Eur J Orthod. 1981; 3: 151-162. 25.
46. Pardo K. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la I.E. n° 154 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana de San Martín de Porras facultad de odontología; 2012.
47. Rodríguez J. El ajuste oclusal: procedimiento no obsoleto, ni profiláctico. REDALYC 2008; 1(1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324227908002>. (último acceso 17 de abril de 2014).
48. Guerrero C, Marín D, Galvis A. Evolución de la Patología Oclusal: Una Revisión de la Literatura. J Oral Res. 2003; 2(2): 77-85.
49. Rodríguez J. El ajuste oclusal: procedimiento no obsoleto, ni profiláctico. REDALYC 2008; 1(1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324227908002>. (último acceso 17 de abril de 2014).
50. Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guía de Práctica Clínica: UETS N° 2006/10.
51. VALIENTE, Oscar. Tabaquismo: Problema Social. Escuela de Post Grado. UCSM. 1ª edición. Cusco. 2015.
52. RONDEROS M, PIHLSTROM BL, HODGES JS. Enfermedad periodontal entre indígenas en la selva amazónica. J Clin Periodontol, 2001 Nov; 28 (11); 995-1003
53. HARRISON, T. y Col. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. 16ª edición. Madrid. 2005

ANEXOS

MATRIZ DE CONSITENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS
General	General	Variable de estudio	Hipótesis nula (Hi)
¿Existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?	Determinar la asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.	Bruxismo	Si existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.
Específico	Específicos	Variable independiente	Hipótesis alterna (Ho)
Pe 1. ¿Cuál son los factores sociales asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?	Oe 1. Identificar los factores sociales asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.	Factores biosociales	No existe asociación entre el bruxismo y los factores biosociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018. El Tabaquismo no tiene efecto sobre flujo salival de los adultos de la Ciudad de Huánuco 2017
Pe 2. ¿Cuál son los factores biológicos asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?	Oe 2. Identificar los factores biológicos asociados al bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.	Variable interviniente	
Pe 3. ¿Cuál es el grado de asociación entre el bruxismo y los factores	Oe 3. Determinar el grado de asociación entre el bruxismo y los factores		

<p>sociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?</p> <p>Pe 4.</p> <p>¿Cuál es el grado de asociación entre el bruxismo y los factores biológicos en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?</p> <p>Pe 5.</p> <p>¿Cuál es la severidad de los factores biológicos y sociales que ocasionan el bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018?</p>	<p>sociales en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.</p> <p>Oe 4.</p> <p>Determinar el grado de asociación entre el bruxismo y los factores biológicos en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.</p> <p>Oe 5.</p> <p>Identificar la severidad de los factores biológicos y sociales que ocasionan el bruxismo en pacientes de 20 a 50 años atendidos en el Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2018.</p>		
---	--	--	--

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN PACIENTES DE
20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO 2018”**

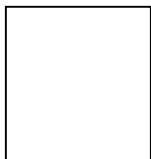
Yo:..... con

DNI:.....; doy constancia de haber sido informado(a) y de haber
entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener
información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento en el área de
Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial
y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto ser examinado por
el responsable del trabajo.

.....

Nombre del paciente

DNI.....



.....

Testigo

DNI.....



.....

Nombre del Bachiller

DNI.....





FICHA DE OBSERVACIÓN



“BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO 2018”

N° Paciente: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Edad: _____

Grupo etareo: 20 a 29 años ☐

30 a 39 años ☐

40 a 50 años ☐

Bruxismo SI ☐ NO ☐

Grado I ☐

Grado II ☐

Grado III ☐

FACTORES BIOLÓGICOS

Maloclusiones Sí ☐

No ☐

Interferencias oclusales

Sí ☐

No ☐

Funcionalidad de la guía anterior

Funcional ☐

Disfuncional ☐

FACTORES SOCIALES

Estrés presente ☐

Ausente ☐

Ansiedad

Presente ☐

Ausente ☐

Hábito tóxico de tabaquismo

Presente ☐

Ausente ☐

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: DR. NANCY CARRERO GONZALEZ
 Institución donde labora: LDH
 Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACIÓN
 Autor del Instrumento: DR. GINA EDOARDO POZO
 Aspecto de validación: INTERNO

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		1	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																	X				
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																	X				
3. ACTUALIZACIÓN	Está actualizado al estado de la ciencia y tecnología																	X				
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																		X			
5. SUFICIENCIA	Contempla aspectos cuantitativos y cualitativos																	X				
6. INTENCIONALIDAD	Está elaborado para valorar la inteligencia emocional																	X				
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos técnicos científicos																		X			
8. COHERENCIA	Entre las variables seleccionadas y los items																		X			
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																		X			
10. PERTINENCIA	El contenido es pertinente																		X			
TOTAL																					87,5	

Opinión de Aplicabilidad:

Favorable Para su aplicación

Promedio de Valoración: 87,5

Fecha: 19-09-18

Grade académico	<u>DOCTORA</u>
Mención	<u>CIENCIAS DE LA SALUD</u>
DNI	<u>22510578</u>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
 E.A.P. ODONTOLÓGICA
Nancy Carrero González
 DR. Nancy Carrero González
 Firma del Experto

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Mardonio Apac Palomino
 Institución donde labora: U.D-H
 Instrumento motivo de evaluación: FICHA - OBSERVACION
 Autor del Instrumento: GINA FALCON-POZO
 Aspecto de validación: -INTERNO-

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado														X							
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductos observables																	X				
3. ACTUALIZACIÓN	Está relacionado al avance de la ciencia y tecnología														X							
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica															X						
5. SUFFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos															X						
6. INTENCIONALIDAD	Está relacionado para evaluar la inteligencia emocional															X						
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos científicos																X					
8. COHERENCIA	Entre las variables evaluadas y los ítems																			X		
9. METODOLOGÍA	La encuesta responde al propósito de la investigación																			X		
10. PERTINENCIA	El instrumento es aplicable																			X		
TOTAL																					X	

Opinión de Aplicabilidad: Favorable para su Aplicación

Promedio de Valoración: 84.5

Fecha: 1-10-18

Grado académico	<u>Magister Estrategia</u>
Mención	<u>Estadística</u>
DNI	<u>22400638</u>

Mardonio Apac Palomino
 Firma del Experto
 Mg. Mardonio Apac Palomino
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.L. 1330

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Luz I. Angulo Quispe
 Institución donde labora: U.D.H.
 Instrumento motivo de evaluación: Fecha de observación
 Autor del Instrumento: Jimena Falcon Pozo
 Aspecto de validación: Entrevista

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. CLARIDAD	Fue formulado con lenguaje apropiado																		X			
2. OBJETIVIDAD	Fue expresado sin ambigüedades observables																		X			
3. ACTUALIZACIÓN	Fue adecuado al estado de la ciencia y tecnología																		X			
4. ORGANIZACIÓN	Fue organizado en forma lógica													X								
5. SUFFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X			
6. INTENCIONALIDAD	Fue adecuado para valorar la inteligencia emocional																		X			
7. CONSISTENCIA	Fue basado en aspectos técnicos científicos																		X			
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadoras y los ítems																		X			
9. METODOLOGÍA	La información responde al propósito de la investigación																		X			
10. PERTINENCIA	El instrumento es apto																		X			
TOTAL																						83.5

Opinión de Aplicabilidad:

Factible para su aplicación

Promedio de Valoración: 83.5

Fecha: 27-09-2018

Grado académico	<u>Magister</u>
Mención	<u>odontostomatología</u>
DNI	<u>22435547</u>

Angulo
 Firma del Experto

Dra. Luz Idalia Angulo Quispe
 C.O.P. 3502
 ODONTÓLOGA DENTISTA

Huánuco, 06 de Noviembre de 2018.

CARTA N° 178 -2018-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI



Señorita:

FALCÓN POZO, Gina Mishell

Alumna de la E.A.P. de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Huánuco

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN para realizar proyecto de INVESTIGACIÓN.

REFERENCIA : a) Solicitud S/N de fecha 10 de Agosto 2018

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en respuesta al documento de la Referencia inciso a), en la cual solicita Autorización para realizar su Proyecto de Investigación, y contando con la opinión favorable del Departamento de Odontología, esta Dirección **AUTORIZA** la realización de su Proyecto de **INVESTIGACIÓN**, titulado **"BRUXISMO ASOCIADO A FACTORES BIOSOCIALES EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN - HUÁNUCO 2018"**, para cuyo efecto debe de coordinar con la Jefatura del Departamento de Odontología, a fin de que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora. Por otro lado se le recuerda que debe alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



WTHC/NOCA/ndk
C.C. CO
Anexo

www.jongrupo.com/2018/2018-20

Calle San Juan Bosco N° 220
Jancap-La Esperanza
Huánuco
T(06251) 2400

PACIENTES BRUXÓMANOS

FOTOGRAFIA N°1

- **PACIENTE:** ESTACIO SALVADOR, KEVIN JOSUÉ
- **EDAD:** 41 AÑOS
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO) **GRADO:** II
- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 2
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



FOTOGRAFÍA N°2

- **PACIENTE:** MARIA ANA MORENO ALMONACIN
- **EDAD:** 49 AÑOS
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO) **GRADO:** III
- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 3
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI (MORDIDA BIS A BIS)

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



FOTOGRAFÍA N°3

- **PACIENTE:** ADERLIN BALTAZAR TAIPE
- **EDAD:** 46
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO) **GRADO:** II
- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 2
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI (MORDIDA BIS A BIS) MORDIDA CRUZADA POSTERIOR DERECHA

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



FOTOGRAFIA N°4

- **PACIENTE:** CINTHIA LUZ FLORES COTRINA
- **EDAD:** 36
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO) **GRADO:** III
- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 3
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



FOTOGRAFIA N°5

- **PACIENTE:** LETICIA ESTHER TRUJILLO RAMIREZ
- **EDAD:** 45
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO) **GRADO:** III
- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 3
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI (SOBREMORDIDA)

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



FOTOGRAFIA N°6

- **PACIENTE:** YESSENYA VICKI GONZALES COTRINA
- **EDAD:** 29
- **BRUXISMO:** SI (EXCÉNTRICO)

GRADO: II

- **ESCALA DE DESGASTE SEGÚN GERASIMOV MODIFICADA:** 2
- **FACTORES BIOLÓGICOS**

MALOCCLUSION: SI (MORDIDA CRUZADA)

INTERFERENCIAS OCLUSALES: SI

FUNCIONALIDAD DE LA GUÍA ANTERIOR: DISFUNCIONAL



SIN BRUXISMO

FOTOGRAFÍA N°1

PACIENTE: JANETH MANISSA HUANSIN LOPEZ

EDAD: 38 años

BRUXISMO: NO

MALOCCLUSIONES: NO

FUNCIONABILIDAD DE LA GUIA ANTERIOR: SI

INTERFERENCIAS OCLUSALES: NO PRESENTA



PACIENTE: BERNICK LINCOL SALVADOR ROSAS

EDAD: 25 años

BRUXISMO : NO

MALOCCLUSIONES: NO

FUNCIONABILIDAD DE LA GUIA ANTERIOR: SI

INTERFERENCIAS OCLUSALES: NO PRESENTA



PACIENTE: ELIZABETH LOURDES CHUCO SALCEDO

EDAD: 29

BRUXISMO : NO

MALOCCLUSIONES: NO

FUNCIONABILIDAD DE LA GUIA ANTERIOR: SI

INTERFERENCIAS OCLUSALES: NO PRESENTA

